

診療予約申込書 兼 予約通知書

年 月 日

友誼会総合病院 地域医療連携室 宛
(FAX 072-641-4873)

医療機関名

紹介医師名

T E L

F A X

ふりがな		性別	生	明・大・昭・平・令
氏名		男・女	年月日	年 月 日 (歳)
連絡先				
受診希望日	第1希望	令和	年	月 日 ()
	第2希望	令和	年	月 日 ()
時間外の場合は、受診日時欄は空欄のまま、送信してください。こちらで、患者様とご調整させていただきます。				
希望する診療科について、○をつけてください。				
<ul style="list-style-type: none">一般内科循環器内科腎臓内科消化器内科呼吸器内科糖尿病内科神経内科不整脈外来胸痛外来外科心臓血管外科整形外科脳神経外科泌尿器科婦人科眼科耳鼻咽喉科皮膚科小児科ペインクリニック発熱外来歯科口腔外科				
希望医師名		医師	・ 医師指定なし	
傷病名				
紹介目的（診療情報提供書を添付いただける場合は、記載不要です）				

※ 本書と診療情報提供書を地域医療連携室へFAXをお願いします。

予約受付時間（平日9時～17時15分 土曜9時～13時）以外にお申込みいただいた場合、翌診療日の返信となります。

返信にお時間を要する場合には、当院よりご連絡をいたします。

ご質問等ございましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。

友誼会総合病院 地域医療連携室

代表番号 072-641-2488 地域医療連携室直通 072-641-4872